

Curso

2016-2017

Curso: **1º Nivel Básico**

Grupo: **Lunes y miércoles 9:30 – 11:30**

Martes y jueves 9:30 – 11:30

Nombre y apellidos: _____

Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Repetidor: Sí / No

Motivo(s): *(en caso afirmativo)* _____

Conocimientos previos del idioma: _____

Conocimientos de otros idiomas: _____

Aspectos que se te dan mejor al aprender un idioma extranjero: _____

Aspectos que se te dan peor al aprender un idioma extranjero: _____

Motivo(s) por el / los que estudias inglés: _____

Evaluación de Progreso:

	Reading	Listening	Writing	Speaking
Febrero				-----

Evaluación Final:

	Reading	Listening	Writing	Speaking	
Junio					
Septiembre					